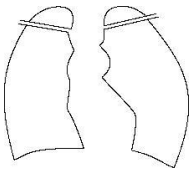


感染症患者医療費公費負担診断書

※欄は継続の場合にご記入願います。

氏 名		生 年 月 日		年 月 日 (歳)							
住 所											
病 名											
治 療 方 針		1 化学療法のみでよい。(※あと何か月治療予定か。 あと 月または 年 月 日頃まで)									
		2 一応化学療法を実施したうえで、その後の方針をきめたい。									
		3 外科的療法を実施したい。(化学療法では効果が期待できない。)									
		4 化学療法、外科的療法とも効果が期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施したい。									
		5 その他()									
化学療法終了の時期		1 この申請を最後として化学療法を終了する。(※1回の申請につき、最大6か月間の公費負担承認となる。)									
		2 治療をなお継続する必要がある。									
		3 次のように考えるが、感染症診査協議会委員の意見を聞きたい。(終了してよい、継続が必要、不明)									
医 療 の 種 類	化学療法	1 初回治療	1 抗結核薬 ()剤使用	1 薬品名 (mcg/ml) INH[] RFP[] SM[] EB[] PZA[] LVFX[] BDQ[] TH[] EVM[] KM[] PAS[] CS[] RBT[] DLM[] その他[]	医療開始予定年月日						
		2 再治療	※体重 ()キログラム	2 1のうち局所療法に用いるもの ()	年 月 日						
		3 継続		薬品名 ()	入 院 年 月 日						
		4 薬剤変更			年 月 日						
		2 副腎皮質ホルモン剤									
	外科療法	1 肺結核									
		2 結核性膿胸									
		3 骨関節結核									
		4 泌尿器結核									
		5 その他									
骨関節結核の装具療法											
収容	日間(術前	日間 術後	日間)	手術予定(実施)年月日	年 月 日						
現 症	胸部X線写真略図 年 月 日撮影		学会分類	肺外結核の場合はそのX線写真略図及び所見							
			r l b I II III IV V 1 2 3 H Pl Op	CTの有無 (有 ・ 無) (年 月 日撮影) CT所見							
	病理所見で結核と診断した場合は結果の写しを添付してください。										
結 核 菌 検 査						※ 薬 剤 感 受 性 検 査			※培 養 同 定 検 査		
日付検体	塗抹	※培養	日付検体	塗抹	※培養	薬品 (mcg/ml)	年 月	年 月	年 月 ()		
						INH [0.2]	感 耐	感 耐	ツベルクリン反応検査(年 月 日) 陰性 陽性 強陽性 × × B C G 接 種 歴 無 有 (年 月 日頃) IGRA検査(年 月 日) 陰性 陽性 その他()		
						RFP[40]	感 耐	感 耐			
						SM [10]	感 耐	感 耐			
						EB [2.5]	感 耐	感 耐			
						PZA[]	感 耐	感 耐			
						() []	感 耐	感 耐			
						() []	感 耐	感 耐			
						() []	感 耐	感 耐			
結核に関する既往の医療		年 月 日 ~ 年 月 日		INH RFP SM EB PZA その他()							
		年 月 日 ~ 年 月 日		INH RFP SM EB PZA その他()							
※継続治療の理由				※薬剤中止期間		薬 剤 名	中 止 期 間		理 由		
							年 月 日 ~ 年 月 日				
							年 月 日 ~ 年 月 日				
							年 月 日 ~ 年 月 日				
※ D O T S 状 況		なし あり		外来DOTS ・ 保健所の連絡確認 ・ その他()							

年 月 日

医 療 機 関 の 名 称
医 療 機 関 の 所 在 地
電 話 番 号
医 師 の 氏 名